

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 51

DE LA CURE OPÉRATOIRE

DES

FISTULES VÉSICO-VAGINALES

PAR LA VOIE TRANSVÉSICALE EXTRA-PÉRITONÉALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juin 1919

PAR

Robert DELEUIL

Né à Salon (Bouches-du-Rhône, le 19 février 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ FORGUE, professeur, *Président*.
DE ROUVILLE, pr. adj.)
ETIENNE, agrégé. } *Assesseurs*
JEANBRAU, agr. lib. }



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

DE LA CURE OPÉRATOIRE
DES
FISTULES VÉSICO-VAGINALES
PAR LA VOIE TRANSVÉSICALE EXTRA-PÉRITONÉALE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 51

DE LA CURE OPÉRATOIRE

DES

FISTULES VÉSICO-VAGINALES

PAR LA VOIE TRANSVÉSICALE EXTRA-PÉRITONÉALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juin 1919

PAR

Robert DELEUIL

Né à Salon (Bouches-du-Rhône, le 19 février 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ FORGUE, professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, pr. adj.
ETIENNE, agrégé. } *Assesseurs*
JEANBRAU, agr. lib. }



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
7, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA (*)	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (O *)
Clinique médicale	CARRIEU (*)
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (*)
Physique médicale	IMBERT (*)
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL
Clinique chirurgicale	FORGUE (O *)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O *)
Physiologie	HEDON (*)
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP (*)
Anatomie	GILIS (*)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	SARDA (*)
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL. (*)
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale	RAUZIER (*)
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (*)
Anatomie pathologique	MASSABUAU (✚)
Chimie médicale	DERRIEN
Microbiologie	N. . .

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O ✚) a.l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN ✚, a.l. (c. c.)
Pathologie externe	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale	CABANNES, agrégé.
Microbiologie	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.)
Stomatologie	WATON (✚) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELTT (*)	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL. (*) ✚.	J. DELMAS (✚).	PECH (ch. d'agrég.).
RICHE.	RIMBAUD.	

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, professeur, président.	MM. ETIENNE, agrégé.
DE ROUVILLE, professeur adjoint.	JEANBRAU, agrégé libre.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

R. DELEUIL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ JEANBRAU

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE
CHIRURGIEN EN CHEF DE LA CLINIQUE DES MALADIES
DES VOIES URINAIRES

R. DELEUIL.

A MES MAITRES DES HOPITAUX D'AVIGNON

(INTERNAT 1913)

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE TUNIS

ET PARTICULIÈREMENT

A MONSIEUR LÉMAUSTFI

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRAQUEHAYE

A MONSIEUR LEUCHER

ET A MONSIEUR LE DOCTEUR H. BOÛQUET

*Qu'ils veuillent bien accepter ici
l'hommage de toute notre gratitude.*

R. DELEUIL.

A LA MÉMOIRE DE MON CAMARADE D'INTERNAT
BANCIS, DE TUNIS

A LA MÉMOIRE DE MES AMIS D'INTERNAT
BENOIT ET PAUL NÉOLLIER, D'AVIGNON

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR DANIEL LEFEBVRE

MÉDECIN AIDE-MAJOR
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR. QUATRE CITATIONS

AU COMPAGNON CHER

DE TROIS ANNÉES DE GUERRE DANS LE MÊME BATAILLON

A L'AMI INCOMPARABLE

BLESSÉ MORTELLEMENT LE 12 JUIN 1918, AUTOUR DE SOISSONS

R. DELEUIL.

DE LA CURE OPÉRATOIRE

DES

FISTULES VÉSICO-VAGINALES

PAR LA VOIE TRANSVÉSICALE EXTRA-PÉRITONÉALE

INTRODUCTION

Dans l'élaboration de ce modeste travail, dont notre Maître, M. Jeanbrau, nous a donné l'idée, en même temps qu'il nous communiquait sa belle observation, nous nous sommes attaché surtout à montrer les indéniables avantages de simplicité et de facilité que procure la méthode transvésicale, lorsque les indications opératoires sont nettement posées, c'est-à-dire lorsqu'il paraît impossible d'opérer, avec un résultat certain, ces fistules par la voie vaginale.

Ainsi qu'il découle de la discussion qui eût lieu à la séance de la Société de Chirurgie, en janvier 1919, une seule méthode peut être mise en parallèle avec celle qui fait le sujet de ce travail; je veux parler de l'intervention

par la voie transpéritonéale de Dittel-Forgue, dont M. Le-gueu s'est fait le très ardent partisan.

Nous n'avons pas pour but de chercher à préciser quelle est la meilleure de ces deux méthodes. Chacune a ses avantages. Ceux de la voie transvésicale sautent aux yeux : on travaille à ciel ouvert dans la vessie étalée, et on voit parfaitement ce qu'on fait.

Les rapports de la fistule avec l'ouverture des uretères sont capitaux. Et la large et claire vision que l'on en a, en opérant par la voie transvésicale, est peut-être un des principaux avantages de cette méthode. L'observation de notre maître, M. Jeanbrau, montre justement combien il est rationnel d'espérer un résultat parfait dans les cas où les rapports urétéro-fistuleux sont très étroits.

Même avec l'incision vulvaire libératrice de Chaput, on n'aurait pu mener à bien l'opération, sans risquer de prendre, voire de lier l'uretère droit.

Enfin, on pourra se trouver en présence d'une fusion des orifices de la fistule et de l'uretère (observations de Trendelenburg, Rochet et Müller) ; dans ce cas, nous croyons que seule la voie transvésicale permettra de traiter convenablement ces complications.

Et puis, il y a un dernier avantage que, justement, l'observation de M. Jeanbrau expose d'une façon particulièrement heureuse ; je veux dire la mise au repos complet de la vessie par le drainage hypogastrique.

Certes, avec les perfectionnements actuels de la technique de la laparotomie, nous ne devons pas faire entrer en ligne de compte les craintes d'infection péritonéale, par l'ouverture d'une vessie infectée. D'ailleurs, on l'ouvre bien des fois, cette vessie, dans le ventre ! Il est certain aussi qu'avec la position inclinée de Trendelenburg, cette position qui, seule, rendait possible l'étalement large de

la vessie à une époque où l'on ne possédait pas les écarteurs perfectionnés d'aujourd'hui, l'opération transpéritonéale expose, d'une façon très large, la fistule vésico-vaginale haute. Et puis, on peut doubler de péritoine les deux faces fistuleuses refermées; on peut interposer entre les deux organes un manteau protecteur, dont M. Leguen a dit, avec une grande force de persuasion, toute la valeur.

En somme, voie transvésicale et voie transpéritonéale ont toutes deux d'immenses avantages sur la voie vaginale, depuis longtemps la seule suivie pour fermer ces fistules. Elles ne comptent encore toutes deux qu'un petit nombre d'interventions à leur actif, mais les résultats de l'une et de l'autre méthode sont suffisants pour permettre de prévoir qu'elles seront de plus en plus utilisées à l'avenir.

Le plan de notre travail est le suivant :

Après avoir rappelé l'historique de la question, nous exposerons la technique en détail, telle qu'elle a été parfaitement réglée par M. Marion. Dans un troisième chapitre, nous montrerons les avantages de la voie transvésicale; dans un quatrième nous énumérerons les indications et enfin nous terminerons par l'exposé des résultats obtenus dans les cas où elle a été suivie.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La première relation de cure opératoire d'une fistule vésico-vaginale par la taille hypogastrique extra-péritonéale est due à Trendelenburg, en 1881. Après deux tentatives malheureuses, ce chirurgien obtient trois guérisons successives. Il intervenait sur des fistules haut-situées, en partie fixées par des adhérences cicatricielles au bassin, empêchant l'abord de la fistule par le vagin. Après l'opération, il avait soin de maintenir la malade dans le décubitus latéral au moyen de coussins.

A l'étranger Mac-Gill, Baumme, Madelung imitent le chirurgien allemand avec succès.

En France, c'est à Pousson que revient le mérite d'avoir inauguré cette technique, dès 1894. Duplay en décrit le manuel opératoire en 1896. En 1901, Pierre Delbet cite un succès à propos d'un rapport de M. Bazy sur un cas de fistule compliquée. Puis ce sont les observations de Rafin, Imbert, Schwartz, etc. Quelques thèses sont faites sur ce sujet: celle de Martin, en 1897, avec 11 observations; la thèse de Teynac, élève de Pousson. En 1900, Segond communique à la Société de Chirurgie un cas de fistule vésico-

vaginale abordée par voie transvésicale; l'orifice urétéral confinait de très près à l'orifice de la fistule. En 1903, L. Thiers, de Lyon, élève de Rafin, réunit 12 observations.

En 1909, G. Surin, de Lyon, réunit dans sa thèse, inspirée par Villard, 21 observations; il insiste particulièrement sur le rôle de la cystoscopie à vision directe qui, lorsqu'elle est possible, permet de situer avec précision les méats urétéraux par rapport au siège de la fistule, explique les insuccès de la voie vaginale dans les cas de rapports trop étroits entre la fistule et les méats urétéraux, peut ainsi donner une indication nette à l'opération par la taille hypogastrique.

Les deux thèses les plus récentes sont celles de Gourwitch (février 1912), inspirée par M. Chevassu, et de Francey, qui publie six observations de M. Marion (avril 1914).

En 1912, M. Chevassu présente à la Société de Chirurgie, dans sa séance du 31 janvier, une malade opérée par voie transvésicale et guérie. Une discussion s'engage sans que l'accord se fasse sur les avantages et les indications de cette méthode. Enfin, à la suite d'une communication de M. Legueu à la séance du 29 janvier 1919, de la Société de Chirurgie de Paris, établissant les avantages considérables que donne, dans la cure de ces fistules hautes, l'emploi de la voie abdominale, la discussion renaît, et M. Marion, après avoir rappelé les succès de la technique transvésicale dans les fistules haut-situées, se fait le défenseur de cette méthode transvésicale extra-péritonéale.

CHAPITRE II.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Nous laissons tout à fait de côté les différents modes opératoires, appliqués dans le traitement de ces fistules par la voie transvésicale, qui découlent des méthodes employées dans les opérations vaginales; je veux dire, de la méthode par avivement (Bozeman, 1858), et de la méthode par dédoublement (Ricard, 1896), modifiée par M. Braquehay (1901) (1), et que M. Legueu dénomme: procédé du retournement.

Si nous les rappelons ici, ce n'est que parce qu'il est indéniable que, dans le traitement de ces fistules (de morphologie si variée, et de situations si imprévues) par la voie transvésicale, on aura parfois l'occasion de les employer. Et il est certain que des cas de fistule trouveront une adaptation judicieuse, dans l'utilisation des procédés de J'allemand Bardenheuer (1891) et dans l'emploi même de la méthode transpéritonéale de M. Forgue (1906); que défendait tout récemment M. Legueu, en exposant sa technique de taille hypogastrique transpéritonéale. C'est dire

(1) Bull. Hôp. civ. franç. de Tunis, 1901. IV, 19-21.

combien le chirurgien devra, avant toute chose, s'inspirer de ce qu'il voit et de ce qu'il touche. Le procédé que nous indiquons comme un des meilleurs, n'est point universel, ni intangible. Il rappelle fortement d'ailleurs les autres; et même, à bien regarder, le procédé classique que nous allons exposer (Marion), n'est en somme que l'application de la méthode de notre maître M. Braquehaye, à la voie transvésicale.

La technique suivie par M. Marion (1) a été décrite par Francey (2). Elle est simple. C'est le procédé du dédoublement qui comprend trois temps, en dehors de la cystostomie :

- 1° Dissection d'une collerette vésicale;
- 2° Fermeture par un fil en bourse de l'orifice vaginal;
- 3° Suture de la vessie par quelques points séparés au catgut fin.

Ce sont là les trois temps classiques de la majorité des cas. Mais il faut bien dire qu'ayant affaire souvent à des tissus cicatriciels, friables, hyperhémisés, le chirurgien sera obligé bien des fois de s'inspirer de la situation de la fistule, de la qualité de ses tissus, de la plus ou moins grande souplesse des parties voisines. Les observations de M. Chevassu sont typiques à ce point de vue.

Un premier point se pose tout d'abord : Faut-il opérer ces fistules aussitôt après leur apparition (un à quatre jours), ou laisser un certain laps de temps s'écouler avant l'intervention ? La prudence même conseille d'attendre longtemps; après hystérectomie pour néoplasme utérin, par exemple, il faut que la guérison paraisse durable, sans

(1) Bull. et mém. soc. chir., 6 février 1912.

(2) Journal d'Urologie, mars 1914.

récidive rapide. Violet et Murard (1) conseillent d'attendre six mois. C'est bien long. Lorsqu'on attend aussi longtemps, des ulcérations eczémateuses pourront venir s'ajouter aux ennuis et aux souffrances d'une malade impatiente d'être débarrassée d'une terrible infirmité. Avec l'espoir que les sutures ne lâcheront pas, et si la fistule n'est pas consécutive à une opération pour cancer étendu, on interviendra de un à deux mois après. Dans les fistules obstétricale, Minakuchi (2), donne un délai de six à huit semaines après l'accouchement.

Lorsqu'un échec antérieur de cure opératoire se sera produit, il faudra attendre deux et même trois mois.

En somme, on ne peut fixer ce temps d'une façon même approximative.

Les fistules ont d'abord une tendance naturelle à se fermer spontanément. Sans obtenir toujours la guérison spontanée, on les verra en général se rétrécir, avec le temps, d'une façon fort appréciable. Donc attendre que la cicatrisation soit complète, les bords épidermisés; que toute rétraction spontanée soit terminée. Et même, ce moment venu, M. Marion recommande d'attendre six semaines encore. Alors on aura des tissus souples, non hyperhémisés et friables.

Soins pré-opératoires. — Ils ont une grande importance au point de vue du succès de la cure.

Sans que, dans l'opération transvésicale, les soins vaginaux aient l'intérêt qu'ils ont dans le procédé par la voie vaginale, il sera bon d'entretenir le vagin, pendant quelques jours, dans un rigoureux état de propreté, par des

(1) Violet et Murard. *Lyon Chir.*, 1^{er} août 1912, p. 144.

(2) Minakuchi. *Baud. XVIII*, Hefte 3, 1913, p. 377.

injections antiseptiques. On pourra essayer de rendre à la vessie un peu de capacité, en pratiquant des lavages, l'orifice vaginal de la fistule étant bouché au doigt.

Il faudra, par tous les moyens possibles, supprimer la cystite, traiter la pyélo-néphrite, assurer l'asepsie des urines jusqu'à ce qu'on les obtienne claires (lavages, instillations de nitrate d'argent, administration d'urotropine, etc.). Si les urines restaient troubles, malgré le traitement, un examen cystoscopique, s'il est possible, s'impose avant l'intervention. Rarement le cystoscope à prisme pourra être employé, mais bien plutôt le cystoscope à vision directe qui n'exige pas, dans son emploi, la distension de la vessie.

M. Chevassu, dans un cas, a pu diagnostiquer ainsi un polype de la vessie; dans un autre cas un calcul coëxistant avec la fistule. La constatation d'un dépôt phosphatique, entretenant la cystite loin de contre-indiquer l'opération est un élément de plus pour la décider. Gourvitch, dans sa thèse insiste d'une façon particulière sur la nécessité de pratiquer systématiquement la cystoscopie dans cette maladie, et décrit, avec minutie, la technique de l'examen. Il pourra arriver parfois, que le cystoscope fasse constater la présence d'une tuberculose urinaire, comme le rapporte le Dr Francey. Il est évident qu'alors, l'opération de la fistule est subordonnée à la guérison des lésions rénales et cystiques. M. Chevassu (observation XXIV) eut chez une malade un résultat médiocre, en pratiquant la fermeture de la fistule dans une vessie partiellement septique, à tissus fongueux, se déchirant très facilement. Il recommande dans ce cas, une cystostomie préliminaire de nettoyage (sous anesthésie locale), et de ne pratiquer la suture de la fistule qu'au moment opportun.

Enfin, les lésions vulvo-vaginales, ulcérations vulvaires,

plaques eczémateuses, fréquemment associées à la perte des urines, seront traitées et guéries.

L'instrumentation sera la suivante: en plus des pinces et aiguilles ordinaires, on aura:

- 1° L'écarteur vésical de Leguen;
- 2° Une pince à disséquer à griffes à dix dents;
- 3° Des ciseaux pointus, droits et courbes;
- 4° Le bistouri coudé sur le plat et tranchant des deux côtés de Doyen;
- 5° Une petite aiguille courbe de Reverdin ou des aiguilles rondes quart de cercle n° 4 qu'on maniera avec un porte-aiguille;
- 6° Des sondes de de Pezzer n° 21 ou 22;
- 7° Un gros tube coudé de Marion.

Pour aviver correctement et facilement la fistule, M. Jeanbrau pense qu'un couteau à cataracte est préférable au bistouri ordinaire. Il s'est servi également avec avantages du bistouri de Doyen, coudé sur le plat et à double tranchant. Sans être indispensable, cet instrument facilite singulièrement le dédoublement.

L'avant-veille de l'opération, on préparera la malade par les procédés habituels (purgation, lavement évacuateur).

Elle sera placée en position inclinée et de façon à bien éclairer la région.

I. TAILLE HYPOGASTRIQUE. — Les chirurgiens allemands qui, les premiers, ont opéré ces fistules par la voie transvésicale, faisaient une section transversale, accompagnée parfois d'une résection partielle du pubis. Elle donnait un accès large et facile (Teynac), augmentant encore les effets de la position de Trendelenburg. Mais les suites se compli-

quaient parfois d'énormes éventrations, aggravées même par l'ostéite nécrosante du pubis.

Les chirurgiens français (Pousson) pratiquèrent, les premiers, la taille longitudinale, dans cette opération ; c'est la meilleure ; elle « suffit à tous les besoins ».

La technique opératoire de la large taille hypogastrique qui permet la cure des fistules par cette voie, a été décrite par Marion (1).

La mise en saillie de la fistule sera quelque peu difficile. Des chirurgiens ont introduit un ballon de Petersen dans le vagin. La vessie est cachée derrière le pubis, et la position inclinée est loin, le plus souvent, dans ces vessies ratatinées, de faire « s'étaler largement leur paroi sous les yeux de l'opérateur ». On mettra à nu l'espace de Retzius, prudemment, en évitant de le décoller par côté, l'espace prévésical s'infectant facilement. On pourra encore faire soulever la base de la vessie par le doigt d'un aide, introduit dans le vagin. Marion indique comme procédé facilitant la découverte de la vessie vide indilatable, l'introduction d'un Béniqué, dont l'extrémité fera saillir la paroi de la vessie. La graisse pré-péritonéale trouvée, on cherchera la vessie « obliquement derrière le pubis ».

La vessie ouverte, il est bon de protéger les tissus rétro-péritonéaux contre l'introduction de liquide ou débris infectés, en maintenant la vessie bien au contact de la paroi, ou avec quelques compresses. On agrandira l'incision vésicale après avoir refoulé à la compresse la graisse et le péritoine. Si celui-ci était par mégarde ouvert, on le refermerait aussitôt par un point de catgut en bourse, simplement.

(1) Journal d'Urologie, 1912.

Tout le secret de l'opération se résume dans une large ouverture de la vessie, en décollant le péritoine sur le sommet et même une partie de la face postérieure de la vessie, selon l'excellente technique de Marion.

On placera alors *dans* la vessie, l'écarteur vésical de M. Legueu. On le placera à son intérieur. La valve postérieure, déprimant le fond, et empêchant le tout de glisser, maintiendra la vessie largement béante. L'exploration en sera facilitée par l'éclairage direct avec la lampe frontale de Clar. On pourra également, comme l'a conseillé Méau, éclairer la région fistulaire à l'aide d'un cystoscope introduit par l'urètre et manié par un aide préposé à cet effet.

Le chirurgien reconnaîtra alors la fistule, son siège précis, ses formes, et particulièrement les rapports qu'elle présentera avec les méats urétéraux. Ceux-ci peuvent être très près (6 millim. dans le cas de M. Jeanbrau), communiquer même avec la fistule. On les cathétérisera au besoin pour mieux éviter leur obturation accidentelle par le fil fermant la fistule (Everke) (1). On sera parfois obligé de faire une urétéro-néo-cystostomie (Trendelenburg, Rochet et Müller). Enfin, on enlèvera les calculs libres ou enchaînés, parfois reconnus par une cystoscopie antérieure (Chevassu); on reconnaîtra un polype, un néoplasme, une muqueuse trop malade, trop friable, pouvant faire ajourner l'opération de la fistule (Chevassu).

II. *Premier temps.* — AVIVEMENT ET DÉDOUBLEMENT DES BORDS DE LA FISTULE. — Le procédé de Sims, l'avivement en entonnoir, très insuffisant, est un pis aller que l'on n'emploiera que contraint par la situation (Chevassu, obs.

(1) Everke. Zeit. für gyn. und. Urol., t. 1, n° 4, avril 1909, p. 193.

XXIV), bien que M. Chevassu ait eu un beau succès dans le traitement d'une fistule par avivement et enfouissement (malade présenté à la Soc. de chir., le 26 juillet 1911).

Le dédoublement en deux tuniques (vaginale et vésicale), après avivement des bords fistuleux, est le procédé le meilleur. Voici comment le docteur Francey (1) décrit le manuel opératoire d'après la technique de M. Marion :

« Avec une longue pince en griffes et un bistouri droit, on commence par aviver le pourtour de la fistule, en enlevant la mince collerette qui la borde, puis, avec le bistouri coudé sur le plat, on sépare les deux plans vésical et vaginal, en saisissant la lèvre vésicale sur un point où l'on amorce le dédoublement, qu'on poursuit sur toute la fistule et à une distance suffisante pour obtenir des lambeaux muqueux faciles à accoler au-dessus de la perte de substance ».

On décolle, sur 1 centim. 5 environ, la muqueuse vésicale, que l'on peut amener facilement. Si la paroi vésicale adhère au bassin, comme cela se voit dans beaucoup de cas, on la décollera au doigt, au bistouri, voire à la rugine (Pierre Delbet, 1901).

La paroi vésicale est, en général, souple, facile à décoller et à amener librement. Mais ce sera parfois le contraire, il sera inutile de chercher un plan de clivage; le vagin et la vessie étant adhérents, presque fusionnés « il faudra trancher franchement, dit Francey, au bistouri pour les séparer ». On pourra se servir de ciseaux courbés sur le plat. Il faudra veiller « à obtenir, du côté de la vessie, un lambeau épais, bien nourri, qui représente non seulement la muqueuse, mais la muqueuse avec la musculature, en

(1) Paris et Francey. Journal d'Urologie, mars 1914.

somme toute la paroi vésicale. C'est du lambeau vésical que dépend presque entièrement le succès de l'intervention, car le plan vaginal est souvent sclérosé, rigide, et reste tendu quand le dédoublement est effectué, les sutures qu'on y place ont chance de déchirer ou de lâcher ».

Il faut se méfier de la zone urétérale, qui touche parfois la fistule au point que leurs ouvertures se confondent. L'étroitesse du pont muqueux, interfistuleux urétéral, limite forcément l'étendue du dédoublement, d'une façon très fâcheuse. Il ne faut pas qu'il ait moins de 1 centimètre (Rochet et Muller) (1). Il faut introduire une sonde dans l'uretère, dont on voit ainsi parfaitement la direction. Si le pont muqueux est suffisant pour qu'on y puisse, sans risquer la coupure ou le sphacèle, passer un fil, on se contentera d'aviver cette lèvre en poursuivant le dédoublement plus profondément sur la lèvre opposée (Trendelenburg, 1890; Segond, 1910; Marion). Si le méat urétéral débouche tout à fait dans l'ouverture de la fistule, et que l'on ait affaire à une fistule urétéro-vésico-vaginale, on sera amené à pratiquer l'opération que Trendelenburg, en 1890, et Rochet, en 1910, firent avec succès. Après avoir engagé une sonde dans le méat urétéral, on incise, sur l'uretère, la muqueuse vésicale seulement, sur une longueur de 2 centimètres, et l'on dissèque la terminaison de l'uretère dans l'épaisseur même de la couche musculaire de la vessie, de façon à dégager le conduit, qui pend dans la vessie, ainsi qu'un petit appendice (Trandelenburg). On fixe ensuite avec un catgut fin l'extrémité à la vessie. On fait ainsi une urétéro-cystonéostomie, comme dans ce cas de Trendelenburg où la fis-

(1) Rochet et Muller. Ann. des maladies des org. gén. urinaires, 1910, p. 1057.

tule était taillée dans le trajet intrapariétal lui-même de l'uretère, sectionnant ainsi ce canal.

Deuxième temps. — FERMETURE PAR UN FIL EN BOURSE DE L'ORIFICE VAGINAL. — On peut employer un fil non résorbable, du lin par exemple. Mais le catgut n° 1 est préférable. Les surfaces se réunissent bien avant qu'il ne se résorbe, et il offre la même sécurité que la soie. L'emploi de la soie, voire d'un fil d'argent allant se nouer par la cavité vaginale, et enlevé dix jours après, est une complication inutile.

Par la face vésicale, avec une aiguille de Reverdin très courbe ou une petite aiguille de Chaput, on faufile autour de la surface cruentée de l'orifice vaginal un catgut n° 1, que l'on serrera en bourse. Un second et un troisième fil en bourse peuvent enfouir le premier, en prenant le plus près possible de la base angulaire du dédoublement. De sorte qu'on retourne ainsi, l'une contre l'autre, les surfaces cruentées. On peut mettre aussi des points séparés. Le doigt vaginal, ganté d'un dé métallique, d'un aide, peut faciliter la suture en refoulant la cloison.

Troisième temps. — SUTURE DE LA VESSIE PAR QUELQUES POINTS SÉPARÉS AU CATGUT FIN. — La suture se fera *toujours au catgut*. Les accidents consécutifs à l'emploi de fils non résorbables sont la règle (cystite et lithiase vésicale développées autour de crins de Florence: Trendelenburg — autour de la soie et du catgut chromé: Rafin, 1901; — autour de fils de lin: Chévassu, 1911).

A la limite du dédoublement, pour éviter de laisser un espace mort entre les deux plans, on passera deux ou trois

points séparés perforants, affrontant les lèvres de la collette vésicale, selon une ligne transversale, ainsi qu'on suture la peau d'un moignon.

La muqueuse vésicale saigne beaucoup plus que la muqueuse vaginale, mais ce suintement est facilement arrêté, dès que l'on noue les fils. On s'assurera de l'hémostase, laquelle devra être parfaite après le serrage des points, ou un surjet d'enfouissement.

III. FERMETURE DE LA VESSIE ET DE LA PAROI. DRAINAGE DE LA VESSIE. — Deux étages de sutures fermeront la vessie: un plan profond par des points séparés, prenant en masse toute la paroi, au catgut n° 1. « Les fils pénétreront à un demi centimètre des bords de la plaie, et sortiront au niveau de la muqueuse, à 1 millimètre de la tranche de section » (Marion, Technique).

Ils ne pénètrent pas dans la cavité et laissent passer à frottement forcé, un drain hypogastrique coudé.

Un plan superficiel de points à la Lambert, au catgut n° 2 ou 3, enfouira l'étage profond, ne saisissant que la couche musculaire. Quelques catguts séparés fixeront la couche musculo-aponévrotique. Un crin fixera le drain à la peau.

Inutile de placer une mèche dans l'espace de Retzius, si on a eu soin de ne pas le décoller latéralement.

L'opération finie, il est capital de laisser la vessie absolument tranquille, *au repos le plus complet* (Marion).

Richelot, Routier préféraient les cathétérismes répétés au drainage permanent; mais ils exigent une surveillance continue et des mains expérimentées. Surin, J.-L. Faure, Albarran, Legueu, préfèrent la sonde à demeure. M. Chevassu emploie une sonde en gomme et le drainage hypogastrique. Pousson, Rafin se rallient au drainage hypo-

gastrique. Ils reprochent à la sonde à demeure, de se boucher facilement, d'irriter le col de la vessie, la zone des sutures, de tomber dans la vessie.

M. Marion emploie le drainage double.

Si la sonde se bouche, le drain hypogastrique fonctionne et inversement (Chevassu, obs. XXIV). Le danger de la distension vésicale par l'urine accumulée est ainsi bien écarté. On placera une sonde de de Pezzer à demeure; par une injection, on s'assurera que tout fonctionne, sinon mettre au point. On placera une mèche iodoformée dans le vagin.

Suites opératoires. — La malade sera mise en décubitus latéral (Trendelenburg), ou en position ventrale durant les six ou huit premiers jours. L'opérée s'habitue à cette position pendant les jours qui précèdent l'opération (Vitrac) (1). Ainsi les sutures ne baignent point dans l'urine.

Il ne faut faire aucun lavage par la sonde à demeure, si ce n'est l'injection de quelques centimètres cubes de liquide, lorsque la sonde s'obstrue. Celle-ci est changée dès qu'elle commence à s'incruster (2 jours).

Au bout de dix à douze jours, on enlève les crins et le drain vésical. La sonde est laissée jusqu'à la fermeture de la plaie hypogastrique, moment où la malade commence à se lever (une vingtaine de jours). Il faudra alors qu'elle s'habitue à garder ses urines, afin que sa vessie reprenne peu à peu une capacité satisfaisante.

(1) Vitrac. Le décubitus ventral permanent dans le traitement de la fistule vésico-vaginale. Rev. mens. de Gyn., d'Obst. et de Pédiatrie de Bordeaux, déc. 1899 et janv. 1900.

Chez sa malade, perclue de rhumatismes, et qui était immobilisée en chien de fusil par flexion des jambes sur les cuisses et des cuisses sur le bassin, M. Jeanbrau ne put utiliser la position ventrale après l'opération. La guérison n'en survint pas moins normalement, grâce au drainage hypogastrique avec un tube de Marion.

CHAPITRE III.

AVANTAGES DE LA VOIE TRANSVESICALE EXTRA-PERITONEALE

L'ouverture large de la vessie par la voie extra-péritonéale présente d'abord l'avantage d'éviter à coup sûr tout risque de péritonite. Bien que les blessures opératoires de la vessie au cours de l'hystérectomie soient en général sans gravité, quand il n'y a pas d'infection urinaire, il est avantageux, chez les femmes atteintes de fistules vésico-vaginales dont la vessie n'est pas aseptique, d'éviter l'écoulement d'urine dans la cavité abdominale.

La taille hypogastrique médiane, sans section des muscles droits, met à l'abri de l'éventration, fréquente avec la technique de Trendelenburg.

Mais les avantages sont surtout marqués en comparaison de la voie vaginale. D'abord, on voit admirablement l'intérieur de la vessie et on a sous les yeux l'orifice vésical de la fistule. Le doigt d'un aide introduit dans le vagin, ou mieux encore un tamponnement vaginal préalable soulèvent la région fistulaire.

On peut apprécier exactement les rapports de voisinage de la fistule avec le col vésical et surtout avec les orifices

urétéraux et les uretères intra-muraux. Ce n'est plus, comme par la voie basse, l'intervention aveugle sur une zone de muqueuse vaginale cicatricielle et scléreuse qu'on a attirée péniblement avec des pinces ou des fils de traction pour opérer moins profondément, sans savoir à travers quels tissus pénètrent le bistouri et l'aiguille. On voit couler l'urine des uretères au bout de quelques minutes et c'est pour le chirurgien une impression de sécurité fort agréable que de travailler sans risquer d'oblitérer ou de blesser un conduit urétéral. Chez sa malade, M. Jeanbrau constata que le bord supérieur de la fistule n'était éloigné de l'orifice urétéral que par une distance de 6 millimètres; et cette constatation lui permit de ménager soigneusement le conduit en dédoublant la paroi vésico-vaginale surtout en bas, en dehors et en dedans, et très peu en haut.

L'insuccès dans la cure vaginale de certaines fistules vésicales provient, comme le disent Villard et Surin, de ce que l'uretère est pris par les fils à suture, ou tout au moins dévié et coudé. Le rein se distend, des douleurs vives surviennent, et si les fils cèdent sous la poussée de l'urine, la fistule se reproduit. C'est d'ailleurs un incident moins grave que l'atrophie du rein qui peut survenir après la ligature incomplète d'un uretère. Dans l'intervention par la voie transvésicale, le danger de ces complications est toujours évité.

Comme conséquence de ce premier avantage, il en découle un second: c'est la possibilité, si l'orifice urétéral est contigu à la fistule ou compris dans son trajet, de cathétériser l'uretère et de le libérer pour le réimplanter dans la vessie. Pour cela, on introduira dans l'uretère une bougie urétrale n° 8 ou 10 Charrière, ou une sonde urétérale, on incisera la muqueuse vésicale en partant de la sonde aux deux extrémités d'un même diamètre sur une longueur de 5 ou 6

millimètres, et on libérera la portion intra-murale du conduit. Celui-ci sera attiré dans l'extrémité distale de l'incision vésicale prolongée à 2 ou 3 centimètres en arrière ou en dehors de la fistule. Ainsi inclus entre les lèvres de la muqueuse vésicale, on l'y fixera par quatre ou cinq points de catgut 00. On fermera ensuite la fistule comme il a été indiqué dans le chapitre consacré à la technique.

En ce qui concerne l'avivement et le dédoublement du trajet fistuleux, il est une condition qui constitue un avantage considérable: c'est qu'au lieu d'opérer sur une paroi sclérosée, cicatricielle, indurée, recouverte d'une muqueuse souvent friable et fongueuse, on travaille « sur une paroi vésicale souple, facile à décoller et à amener librement, sans traction sur l'orifice de la fistule, et cela même s'il existe des adhérences étroites de la vessie avec le bassin » (Paris et Francey).

Enfin, la voie transvésicale extra-péritonéale permet la mise au repos complet de la vessie, grâce au drainage hypogastrique avec les tubes de Perrier-Guyon, ou un tube de Marion. De sorte que ce drainage, combiné à la sonde à demeure, met l'opérée à l'abri de toute distension de la vessie et, par suite, de toute traction sur les sutures. On sait combien sont nombreux les insuccès dus à l'obstruction de la sonde à demeure. Ici, on n'a plus à craindre cet accident.

Les avantages de la voie transvésicale extra-péritonéale ne diminuent en rien ceux de la méthode de Dittel-Forgue et de la méthode de Legueu.

La première permet de cliver sous le contrôle de la vue, les fistules vésico-utéro-cervicales, et de fermer soigneusement la vessie par deux plans de sutures, après avoir, si on le juge préférable, sacrifié l'utérus.

Quant à la voie transpéritonéo-vésicale de Legueu, elle

simplifie à l'extrême la cure des fistules vésico-vaginales *opératoires*, consécutives à l'hystérectomie abdominale. Les fistules sont, en général, médianes ou para-médianes et siègent sur le sommet du vagin. Grâce à la taille vésicale longitudinale médiane, *à travers le péritoine*, ainsi que M. Legueu l'a imaginé et réglé, on ne dédouble pas seulement avec facilité la fistule, on dédouble les deux organes, le vagin et la vessie, et on les ferme séparément en les tapissant de péritoine.

CHAPITRE IV.

INDICATIONS

Les avantages que nous venons de reconnaître à la méthode transvésicale extra-péritonéale, telle que le professeur agrégé Marion l'a réglée à la suite de Pousson, Duplay, etc., en substituant systématiquement la taille médiane longitudinale à la taille transversale de Trendelenburg, permettent d'énumérer les principales indications.

Sont justiciables de cette méthode, avec plus de chances de succès que par la voie vaginale :

1° Les fistules *obstétricales* siégeant au niveau du trigone à moins d'un centimètre d'un orifice urétéral (Rochet et Müller) ;

2° Les fistules *obstétricales* compliquées de brides cicatricielles rétrécissant le vagin, d'adhérences au squelette, de sclérose rendant difficile la mobilisation de la paroi ;

3° Les fistules *obstétricales* ayant été suturées sans succès par la voie basse ;

4° Les fistules *obstétricales* ou *opératoires compliquées d'infection vésicale* avec lithiasé ou tendance à l'incrustation, et pour lesquelles un drainage hypogastrique est la condition du succès de la suture vésicale.

Pour les *fistules vésico-utéro-vaginales*, la méthode transpéritonéale de Dittel-Forgue est préférable.

Pour les *fistules opératoires*, situées presque toujours au-dessus de la ligne inter-urétérale, la méthode transpéritonéo-vésicale de Leguen paraît également préférable à la voie vésicale extra-péritonéale.

CHAPITRE V.

RESULTATS

Nous avons pu réunir un total de 32 interventions, parmi lesquelles 20 ont été suivies de succès complet. Ce qui fait un pourcentage de guérisons primitives de 62,5 pour 100. C'est là un beau résultat, si l'on songe que l'on opère par cette voie des cas difficiles et compliqués, qui n'ont pu être opérés par le vagin.

A quoi sont dus les insuccès ?

Quatre interventions seulement, sur 32, ont été suivies d'un échec complet : deux appartiennent à Trendelenburg. Ce sont les premiers essais de ce chirurgien. Et leur non guérison est vraisemblablement due, comme il le dit lui-même, à une insuffisante technique.

La troisième, est l'observation de M. Chevassu, citée par Gourtvitch (obs. XXIV). Comme M. Chevassu le dit lui-même, « la suture faite dans une vessie partiellement septique, sur des tissus fongueux et se déchirant facilement, a été pratiquée dans des conditions mauvaises ».

Enfin l'échec de M. Marion (obs. V). dû aux sutures qui lâchèrent, tient à ce que la malade, opérée sur sa demande réitérée, le fût trop tôt (un mois après un Wertheim pour cancer).

Les *incidents post-opératoires*, se résument à peu de chose. On ne cite dans toute la littérature médicale que le décès d'Everke, qui lia les deux uretères.

L'ouverture du cul-de-sac péritonéal est un incident sans suite. La production d'une lithiase vésicale (obs. IV et XIV) est due à l'emploi de fils non résorbables dans la suture de la muqueuse vésicale.

La persistance d'une fistule hypogastrique (obs. X) est rare. Une petite intervention sous anesthésie locale en aura raison. La possibilité d'une fistule utéro-vaginale concomitante (obs. IV de Marion), est plus redoutable. M. Marion, dans le cas de sa malade fit une néphrectomie.

Si la malade après intervention perd encore ses urines, il faudra penser à la simple incontinence, fréquente après ce traitement, ou à une destruction partielle du sphincter lisse. Il s'ensuit que dans les cas de guérison incomplètes un examen soigneux de la vessie s'impose, avec des liquides teintés, la constatation d'éjaculations urétérales au cystoscope après piqure d'indigo-carmin.

Il faudra toujours vérifier la guérison par la cystoscopie. Au bout d'un mois on constatera les cicatrices sous forme d'étoiles pâles.

En somme, nous nous trouvons en possession d'une méthode parfaitement réglée, simple et bénigne, qui employée dans un certain nombre de cas déterminés ne peut donner que des résultats excellents. Nous trouvons dans l'observation de notre maître, M. Jeanbrau, la réunion des conditions et l'application d'une technique rigoureuse conduisant naturellement à la guérison.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite)

Fistule vésico-vaginale juxta-urétérale droite chez une femme atteinte de rhumatisme ankylosant des membres inférieurs. — Suture de la fistule par voie transvésicale.

(Observation due à l'obligeance de M. Jeanbrau)

Mlle X..., 30 ans, est apportée à la clinique des Maladies des Voies Urinaires de Montpellier, le 4 mai 1915, pour incontinence complète d'urine, remontant à son dernier accouchement.

Antécédents personnels. — Pupille de l'Assistance publique, cette jeune fille a eu trois grossesses, dont la dernière seule est arrivée à terme, il y a quatre mois, en janvier 1915.

Depuis plus d'un an elle est immobilisée par des rhumatismes qui lui ont ankylosé littéralement les articulations des membres inférieurs en flexion. Elle ne peut plus étendre ni les jambes, ni les cuisses; la marche et la station debout sont impossibles depuis près de 15 mois. Malgré cela elle est devenue enceinte et elle a accouché presque à terme,

en janvier dernier. Mais l'accouchement a duré 48 heures, et il est survenu quelques jours après une incontinence complète des urines, qui persiste à l'heure actuelle et pour laquelle on l'a transportée de son village de l'Ardèche dans le service.

Examen à l'entrée dans le service, le 4 mai 1915. — Il s'agit d'une débile mentale, arriérée dans son développement physique, et qui a gardé la taille d'une adolescente de quinze ou seize ans. Elle est couchée sur le dos, les membres inférieurs en flexion sur le bassin, les talons très rapprochés de la face postérieure des cuisses. Elle ne peut accomplir aucun mouvement et l'examen montre qu'il y a, sinon ankylose osseuse, du moins raideurs articulaires anciennes avec rétractions musculaires, tendineuses et ligamenteuses. La moindre tentative d'extension est horriblement douloureuse, et même sous l'anesthésie rachidienne, le jour de l'opération, il fut impossible d'amorcer l'extension des jambes sur les cuisses ou des cuisses sur le bassin. La patiente perd la totalité de ses urines par le vagin, ce qui indique qu'il s'agit d'une fistule vésico-vaginale. Toute la région vulvaire et périnéale, ainsi que la région interne des cuisses, sont le siège d'un érythème marqué, secondaire à la macération par l'urine infectée. Par le toucher vaginal on reconnaît l'existence d'un orifice fistuleux sur la paroi antérieure droite.

Préparation de la malade. — Pendant trois semaines, on pratique des lavages de la vessie, d'abord au permanganate, puis au nitrate d'argent, ainsi que la désinfection vaginale avec tamponnement par des mèches imbibées de pommade antiseptique. L'érythème s'améliore rapidement ainsi que l'état général de la malade, qui était très défec-tueux à son entrée dans le service.

L'impossibilité où la malade se trouve, à cause de son

rhumatisme ankylosant, d'écarter les cuisses, décide M. Jeanbrau à ne pas tenter la cure de sa fistule par la voie vaginale et à passer par la vessie, en employant la technique si parfaitement décrite par M. Marion.

Cure de la fistule vésico-vaginale par la voie transvésicale. — Le 25 juin 1915, M. Jeanbrau fait la rachianesthésie avec huit centigrammes de novocaïne. L'anesthésie est parfaite au bout de huit minutes.

Incision longitudinale de la vessie, dont le sommet est littéralement épluché du péritoine, selon la technique de M. Marion. L'écarteur de Legueu est placé dans la vessie, mais on en l'y laisse pas et on le place en dehors, entre la vessie et les grands droits, car le jour est largement suffisant. Les lèvres de la vessie sont amarrées par des catguts aux boutons de l'écarteur et la cavité vésicale s'étale d'une façon parfaite. On voit très bien la fistule, située en avant de l'orifice urétéral droit, entre lui et le col. Elle a environ 1 centimètre de diamètre, et son bord juxta-urétéral n'est séparé de l'orifice de l'urètre que par une distance d'environ six millimètres, ce qui commande une sérieuse prudence dans le dédoublement.

M. Jeanbrau avive très attentivement tout le pourtour de la fistule, avec des ciseaux courbes, mais il est gêné pour faire un avivement circulaire et économique: il a l'impression qu'un couteau à cataracte permettrait très facilement d'enlever un liseré concentrique de muqueuse. A défaut de cet instrument, il termine l'avivement aux ciseaux.

Il dédouble ensuite la paroi vésico-vaginale et sépare avec précaution la vessie du vagin, avec le bistouri coudé sur le plat et tranchant des deux côtés de Doyen. Le dédoublement n'est possible, sur une largeur d'un centimètre et demi, qu'en avant (vers le col), et en dedans (vers la

ligne médiane). En arrière et en dehors, comme l'orifice urétéral s'ouvre à 6 millimètres de la brèche, M. Jeanbrau ne peut dédoubler que sur trois ou quatre millimètres au plus, et encore avec beaucoup de précautions, d'abord aux ciseaux courbes pointus, puis avec le bistouri de Doyen.

Le dédoublement paraissant suffisant, on place un catgut n° 0 et souple sur la paroi vaginale avec la petite aiguille courbe de Reverdin et on ferme en bourse l'orifice vaginal.

Il reste à suturer l'orifice vésical de la fistule. Selon les conseils de M. Marion, M. Jeanbrau place ses catguts en leur faisant traverser la vessie à l'angle même du dédoublement, de façon à adosser des surfaces: il place ainsi quatre catguts n° 0, qui ferment et affrontent parfaitement, sans déformer l'orifice urétéral, qui n'est pas béant à la fin de l'opération, preuve que sa lèvre inférieure ne subit pas de tiraillement.

Après un examen de la cavité vésicale, pour constater l'absence d'autres lésions, M. Jeanbrau ferme la vessie par deux plans de suture au catgut à points séparés, sur un gros tube de Marion, dont le fonctionnement est vérifié par un aide, à l'aide d'une sonde vésicale par laquelle on injecte du protargol faible. Crins de Florence doubles sur les muscles et la peau.

Sonde de Malécot n° 22, par l'urètre.

Tamponnement avec précaution du vagin à l'aide de mèches de gaze au vioforme.

Suites opératoires. — Elles furent très simples et apyrétiques. La malade n'accusa jamais la moindre douleur ni du côté de la vessie, ni du côté du rein droit.

La sonde à demeure fut changée tous les trois jours. Le tube de Marion fut enlevé le 12^{me} jour. La plaie hypogastrique était complètement fermé le 25^e jour et la sonde à demeure enlevée. La miction volontaire toutes les heures,

puis toutes les deux heures, reparut, sans écoulement, d'urine par le vagin. La malade quitta le service guérie de sa fistule, en bon état général, au commencement d'août 1915. M. Jeanbrau avait l'intention de lui faire des injections sous-cutanées de soufre colloïdal pour son rhumatisme chronique, mais l'Assistance départementale ne voulut pas consentir à prolonger le séjour de cette malade à Montpellier.

Les premières observations de fistules vésico-vaginales, opérées par voie transvésicale, sont dues à des chirurgiens allemands et anglais. Elles sont au nombre de neuf : deux observations de Willy Meyer, 1884 ; trois observations de Trendelenburg, 1890-92 ; une de Mac Gill, 1890 ; une de Baume, 1889, et deux de Bardenheuer, 1891.

Nous avons ensuite trouvé, dans les différents travaux faits sur cette question, un grand nombre d'observations dont certaines possèdent en dehors de leur intérêt historique, la relation de certaines complications des plus intéressantes ; l'observation de Pousson (1894) relate l'opération d'une fistule, chez une petite fille de 6 ans, causée par l'ulcération de la paroi vésico-urétro-vaginale par un calcul.

L'observation XII de Duplay expose, pour la première fois, et minutieusement, la technique opératoire. Viennent ensuite les observations de Léopold (1893), de Pierre Delbet (observation XIV, 1901), de Rafin (1901), Imbert (observation XVI, 1902), Schwartz (observation XVII, 1904), Villard, 1906 et 1908, et enfin celle du docteur Denis, d'Alger, toutes relatées d'une façon complète dans la thèse de Surin (Lyon, 1909).

Enfin, nous trouvons, dans la thèse de Gourvitch (Paris,

1912), les observations de Segond (1910) et l'observation XXII du docteur Rochet (1910), que nous ne rapporterons pas, et pour lesquelles nous renverrons aux travaux précités, leur relation dans ce travail nous entraînant à des développements trop considérables. De même pour l'observation XXV du docteur Marion (1911), *in* thèse de Gourvitch, et celle de Segond, 1911, qui porte le n° XXVI.

OBSERVATION II

(Résumée)

Chevassu, 1911. — *In* thèse de Gourvitch, sous le n° XXII

S..., 21 ans, entrée à Necker, le 10 juin 1911, pour fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie vaginale faite à Lariboisière, le 17 décembre 1910. Le 9 janvier 1911 M. Chaput a suturé la fistule par le vagin en s'aidant d'une large libération paravaginale droite; au dixième jour lors de l'ablation de la sonde à demeure, les urines repassent par le vagin.

Au toucher, on sent au fond du vagin, une zone indurée, rappelant vaguement un col utérin; à son centre est un petit trou, l'orifice fistuleux; il occupe juste le dôme vaginal; on y fait entrer facilement un stylet.

Cystoscopie. — On injecte, sans difficulté, 200 centimètres cubes d'eau dans la vessie. Cette eau n'est évacuée dans le vagin que petit à petit; après un lavage prolongé, car la vessie est assez sale, on peut pratiquer une excellente cystoscopie. Elle montre:

- 1° Les deux orifices urétéraux normaux;
- 2° Plus haut, un repli transversal devant lequel se trouve un petit polype;

3° Derrière ce repli, un trou profond, sorte de diverticule au fond duquel on parvient à voir un stylet introduit par le vagin. Etant donné l'état cicatriciel du vagin, l'absence du col utérin, l'échec de la première intervention vaginale, je me décide à faire d'emblée une intervention par voie haute.

Opération le 22 juin 1911. — Chloroforme. Aides Clap (interne), Lépinay (externe) et Krebs (moniteur).

Laparotomie médiane sus-pubienne, ouverture verticale de la vessie. Mise en place de l'écarteur de Legueu. Un long dépresseur vésical mobile, manié par un aide, permet de bien voir la fistule. Cependant un autre aide soulève d'un doigt introduit dans le vagin, toute la zone opératoire. Elle devient plus visible encore lorsque la malade est mise en position inclinée. Pour soulever mieux encore la zone opératoire, je place à droite et à gauche un fil de traction. Je constate alors qu'en tirant sur les deux fils on détermine la formation d'une cavité hémisphérique dont la fistule occupe le fond.

Cette fistule a le diamètre d'une grande sonde cannelée, les bords sont minces, cicatriciels, résistants, sans souplesse; un dédoublement paraît difficile. Par contre, il est tentant de profiter de la tendance à l'enfouissement que présente la fistule, dès qu'on soulève les parties voisines et je me décide tout de suite à faire cet enfouissement.

L'avivement de toute la zone à enfouir est difficile au bistouri; je le fais à la curette tranchante, encore que les tissus soient difficiles à entamer, tant ils sont cicatriciels. Pour enfouir la fistule je passe à l'aiguille à pédale quatre catguts qui cheminent dans la paroi de la cavité hémisphérique et sortent de part et d'autre sur les lèvres. Les fils passés, je les noue en serrant modérément. Les deux parois antérieure et postérieure s'affrontent facilement; il y a de

chaque côté plusieurs centimètres de tissus affrontés. Je termine le premier plan en nouant sur eux-mêmes les deux fils de traction. Le premier plan, fait au catgut n° 2 est alors enfoui sous un fin surjet au catgut n° 0.

La suture terminée fait une ligne transversale de 3 centimètres environ. Cela n'a pas l'air de tirer. Cela saigne à peine, mais un peu tout de même.

Ablation du petit polype aux ciseaux; il avait un petit pédicule imperceptible qui ne saigne pas de manière appréciable. Malgré mon désir de fermer la vessie complètement, j'estime qu'il est plus prudent de laisser un drain dans la paroi vésicale.

Suture de la vessie par un surjet total au catgut, interrompu à sa partie moyenne pour laisser passer un tube coudé de Guyon-Perrier. Suture musculaire au catgut, suture cutanée aux crins. Sonde de de Pezzer par l'urètre. La malade, emportée, est placée dans son lit en position latérale. On doit faire, toutes les deux heures, une injection de 10 centimètres cubes d'eau bouillie par la sonde de Pezzer.

Suites opératoires. — 24 juin. — On a dû changer, à 11 heures, la sonde de Pezzer, qui était bouchée; heureusement, le tube coudé fonctionnait.

25 juin. — On a constaté à 7 h. 30 du matin que le tube de Perrier ne fonctionnait plus. Heureusement, la sonde urétérale n'était pas bouchée.

27 juin. — Ablation du tube coudé et du drain.

13 juillet (vingt et unième jour). — Ablation de la sonde à demeure, rien ne passe par le vagin.

...Le 26 juillet la malade est présentée à la Société de chirurgie.

OBSERVATION III

Résumée

M. Chevassu 1911. — Citée dans la thèse de Gourvitch avec le n° XXIII.

C. S..., 44 ans, ménagère, entrée, le 31 juillet 1911, à la clinique de Necker. Hystérectomisée quinze mois auparavant pour un épithélioma utérin étendu, par mon collègue et ami A. Schwartz, qui me l'adresse. Elle présente depuis cette époque, une fistule urinaire vaginale.

Actuellement, la malade urine toutes les cinq ou dix minutes, si elle attend plus longtemps, les urines passent pas le vagin ; ses mictions sont d'ailleurs très douloureuses.

On commence par mettre à la malade une sonde à demeure. On constate que ses urines sont extrêmement troubles. L'état général est très médiocre.

Au toucher vaginal on sent, au fond du vagin, un petit orifice bordé par des lèvres dures ; sur une hauteur de quelques millimètres, l'aspect est tout à fait celui d'une boutonnière, le reste du vagin est souple. Je n'ai pas l'impression d'une récurrence néoplasique.

La *cystoscopie* est facile ; on peut injecter, dans la vessie, 225 centimètres cubes de liquide. Ils ne s'écoulent par le vagin que très lentement. Après un bon nettoyage du milieu vésical, on voit parfaitement l'intérieur de la vessie. Congestion intense du bas fond. Ecchymoses dans les deux zones urétérales. Au-dessus du bas-fond, mamelons irréguliers très congestionnés. En bas et à droite, une masse rouge noirâtre, irrégulière, qu'on pouvait prendre pour une récurrence néoplasique, mais qui n'est en fait qu'un calcul. Tous petits graviers sont parfaitement reconnaissables

alentour. On ne voit pas la fistule, mais on voit parfaitement la sonde urétérale passée par l'orifice vaginal; elle entre dans la vessie derrière deux volumineux mamelons situés au-dessus de la zone urétérale.

Il serait possible, grâce à la souplesse du vagin, d'agir sur la fistule par la voie vaginale, mais étant donnée la coexistence de calculs vésicaux, il y a une indication précieuse à passer par la voie haute.

Opération le 10 août 1911. Aides: MM. Clap (interne) et Lepinay (externe).

Laparotomie délicate à travers les cicatrices anciennes, le péritoine adhérent est ouvert en un point et tout de suite refermé. Incision verticale de la vessie. Ecarteur de Legueu. Un dépresseur mobile de la paroi postérieure est confié à un aide. Ablation du calcul, mou, friable, s'écrasant dans la pince. Je dois l'enlever sur une curette. Il a les dimensions d'une cerise. J'ai pu constater en l'écrasant, plus tard, qu'il contenait à son centre un fil de lin avec son nœud.

On voit bien les deux orifices urétéraux, entourés par une auréole rouge, diffuse, à aspect inflammatoire. J'introduis facilement une sonde urétérale dans l'orifice droit et n'insiste pas. La fistule est plus haut, à un centimètre et demi environ au-dessus de ligne idéale interurétérale, derrière un bourrelet saillant, qui empêche de la voir, mais au doigt, je sens très bien une sorte de boutonnière analogue à celle qu'on sentait par le vagin. J'y introduit une sonde cannelée que sent le doigt vaginal de mon aide destiné à soulever la fistule et à déplier la vessie.

Je passe d'abord deux fils vésicaux de chaque côté de la fistule pour la soulever; ils ne soulèvent pas grand chose. Comme je vois très mal la fistule, cachée où elle est, derrière un bourrelet vésical, je l'avive à la curette avec l'in-

tention de rabattre sur elle le bourrelet qui la cache. Je cherche pour cela à passer des catguts prenant en arrière de la fistule toute l'épaisseur de la paroi vésicale, et traversant, en avant, le bourrelet; mais je n'arrive pas à faire de bonne prise en arrière, et quatre fils successivement coupent les tissus friables. J'arrive cependant à en passer un cinquième, pris plus largement, qui ferme la fistule, puis à côté, un deuxième. Mais étant donné l'état de cachexie de la malade, je pense que l'opération a suffisamment duré et m'arrête, sans faire d'autres points, sans enfouir le premier plan sous un surjet.

Avant de suturer la vessie, j'enlève sur la paroi postérieure, à droite de la ligne médiane, un petit calcul en colonne, dont l'extrémité se trouvait logée dans une sorte de niche. En enlevant ce calcul, il est venu avec lui un fil de lin long de 1 centimètre environ.

Sonde béquille en gomme à demeure. Suture de la vessie aux deux extrémités, de façon à laisser le passage juste pour un tube coudé. Drainage sus-pubien par un petit drain. Petit lavage vésical; il ne sort pas de caillots.

Suites opératoires. — M. Hertz-Boyer, chef de clinique. — Les quatre premiers jours, la température atteint 39°2, le soir, puis redevient normale.

...Lavages légers et fréquents à l'eau bouillie, de la vessie. Lavages vaginaux légers.

Drain vésical enlevé le 14 août. Le 16, lavage au nitrate d'argent.

Le 17 août, on constate que le liquide injecté par le vagin ressort par la sonde vésicale.

Le 18 août, on remplace le tube coudé par un drain vésical.

La suture faite dans une vessie particulièrement septique sur des tissus fongueux et se déchirant facilement, a

été pratiquée dans des conditions mauvaises. Il eût été préférable de faire d'abord une cystostomie de nettoyage (sous anesthésie locale) et de n'entreprendre la suture de la fistule qu'une dizaine de jours plus tard.

OBSERVATION IV

Docteur Marion. — Citées par MM. Paris et Francey, in *Journal d'urologie*, mars 1914, avec le n° 1.

D..., femme M..., 28 ans, couturière, entre, le 20 novembre 1911, salle Lailler, lit n° 28. (*Malade dont l'observation a déjà été citée par M. Marion à la Société de chirurgie.*)

Malade envoyée par M. Arrouet, qui présentait une vaste fistule consécutive à un accouchement, fistule située près du col de l'utérus, donc haute, plus large qu'une pièce de 2 francs et adhérente par son bord externe droit au squelette du bassin.

En raison de la situation profonde de cette fistule, fixée au bassin, et de l'étroitesse du vagin, rétréci par des brides cicatricielles, la voie transvésicale est décidée.

Opération le 25 novembre 1911. — Incision verticale. Mise en place de l'écarteur, la vessie se laisse très facilement étaler malgré sa rétraction datant de plusieurs mois.

La fistule apparaît, elle siège au-dessus, en arrière et un peu en dedans de l'orifice urétéral droit. L'espace est suffisant pour qu'on en dédouble facilement les lèvres, vésicale et vaginale, et on s'aide du doigt pour détruire les adhérences au bassin. Suture du plan vaginal par un surjet en bourse, suture du plan vésical par des points séparés.

On retire l'écarteur et l'on ferme la vessie par deux plans de suture en laissant la place pour un drain vésical coudé. Suture de la paroi.

Sonde à demeure (de Pezzet).

La malade est couchée sur le côté, les premiers jours.

Le drain est retiré au bout de huit jours, la sonde après quinze jours.

Il reste une très petite fistulette insignifiante qui ne commence à donner qu'une fois la vessie distendue par 200 grammes de liquide.

Sort le 16 décembre.

La fistulette guérit, d'ailleurs, spontanément par la suite.

OBSERVATION V

Docteur Marion (*in* Paris et Francey, avec le n° 2)

A..., femme P..., 46 ans, couturière, entre, salle Lailler, lit n° 22, le 15 mars 1912.

Il s'agit d'une fistule consécutive à un accouchement ancien, fistule déjà opérée une fois, par voie vaginale, sans succès.

Cette fistule est très élevée, difficile à voir par le vagin, bridé et rétréci, si bien qu'on en apprécie mal les dimensions. Incontinence complète.

Pour les raisons précédentes, on intervient par voie vésicale.

Opération le 16 mars 1912. — Incision verticale, on va chercher la vessie derrière le pubis, on l'ouvre et on l'écarte. La fistule siège très haut, au-dessus de la ligne interurétrale et sur la ligne médiane, elle est grosse comme un gros crayon.

On en dédouble les bords et on en suture la tranche vaginale en bourse, la paroi vésicale par des points séparés au catgut (3 points). On essuie et vérifie la cavité vésicale.

On place un drain coudé et on ferme le reste de la plaie vésicale par deux étages de sutures.

Sonde de Pezzer à demeure.

Suites tout à fait normales.

Le tube et la sonde sont surveillés et fonctionnent bien, la sonde est changée au quatrième jour.

Le tube est enlevé au dixième jour et la sonde au dix-huitième jour, on peut alors vérifier que la guérison est complète et la continence des urines parfaite.

La malade sort, le 7 avril, après qu'on lui a fait une cystoscopie; les cicatrices apparaissent sous forme d'étoiles plus pâles.

OBSERVATION VI

Docteur Marion (*in* Paris et Francey, avec le n° 3)

C..., femme R..., 38 ans, ménagère, entre, le 20 mars 1912, salle Lailler.

La malade est Espagnole et ne cause pas le français. On sait seulement que sa fistule est consécutive à un accouchement difficile. Elle a eu trois accouchements qui ont tous été difficiles, mais le dernier surtout, qui date de sept mois. C'est à la suite de ce dernier que la fistule apparut.

L'incontinence des urines est totale et a causé un érythème très étendu de la vulve et de la face interne des cuisses.

Quand on écarte les lèvres, on voit que le col interne est très abaissé, mais ce prolapsus ne s'augmente pas dans la station debout, le col reste à l'entrée du vagin.

Au spéculum, on découvre la fistule à l'endroit où la muqueuse vaginale se replie pour venir s'attacher au col utérin. Sur les bords de la fistule, fait saillie la muqueuse

vésicale. Cette fistule est très large et permet d'introduire facilement deux doigts dans la vessie. Elle intéresse l'origine de l'urètre.

Il s'agit donc d'une fistule basse, mobile, car on pouvait l'attirer avec le col utérin, mais en raison de ses dimensions, on pense que les orifices urétéraux doivent être très proches, et la cystoscopie étant impossible, on décide d'intervenir par la vessie.

Opération le 26 mars. — Incision verticale. La vessie est facilement repérée, ouverte et étalée avec l'écarteur de Leguen; on voit alors que la fistule est de forme ovale, très large et occupe toute la largeur du trigone; elle est proche des orifices urétéraux par son bord supérieur, mais laisse cependant un espace libre, suffisant pour qu'on puisse placer les sutures. On procède donc au dédoublement de ses bords, de la lèvre inférieure d'abord, puis de la lèvre supérieure. Le plan vaginal est suturé par points séparés aux crins de Florence pour obtenir plus de solidité. Le plan vésical par points au catgut fin, ces deux sutures sont dirigées transversalement, comme la fistule elle-même.

Suture complète de la vessie par deux plans, sans drainage, vésical haut, sonde de Pezzer à demeure, n° 19. Pansement avec tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

La malade est mise dans le décubitus ventral pendant quelques jours.

Le 1^{er} avril, on enlève les mèches vaginales, et l'on s'aperçoit que les sutures ont coupé, sur une partie de la plaie, la partie gauche. Injections vaginales.

La sonde est laissée en place. Le 3 avril, ablation des fils hypogastriques. Le 16 avril, on retire la sonde à demeure, mais la fistule reste toujours large et une injection poussée par la vessie, ressort rapidement par le vagin; on

remet donc en place une sonde de de Pezzer dans l'espoir de voir la fistule se combler en partie.

La sonde est laissée jusqu'à la deuxième intervention, tandis qu'on pratique chaque jour de petits lavages vésicaux, la sonde étant changée tous les cinq jours.

Seconde intervention le 15 juin. — La fistule étant notablement rétrécie et de la dimension de la pulpe de l'index, on décide d'en terminer la fermeture par voie vaginale, puisque l'uretère est à distance suffisante.

On fait donc la section de quelques brides vaginales et on s'aide de l'incision vulvaire de Chaput. Les écarteurs mis en place, on voit la fistule au fond du cul-de-sac antérolatéral gauche du vagin et assez voisine du col utérin, on avive le bord de la fistule et on dédouble les plans vésical et vaginal en s'aidant de deux incisions latérales du vagin, de chaque côté des extrémités de la fistule, on affronte le plan vésical par deux points au catgut, le plan vaginal par quatre points du même catgut. Puis on fait une hémostase soignée de la brèche vulvaire, qui est ensuite fermée par des points au catgut du côté du vagin, des crins du côté de la peau.

Tamponnement vaginal peu serré. Sonde à demeure. La malade n'est pas remise en position ventrale.

Le tamponnement vaginal est enlevé au bout de quatre jour et remplacé, puis retiré définitivement après huit jours. La sonde est surveillée de près, on la retire après trois semaines.

Mais à ce moment, la malade constate qu'elle perd encore quelques gouttes d'urines, aussi la sonde à demeure est replacée et laissée trois semaines encore.

Au bout de ce temps, on pratique un nouvel examen : il persiste toujours un très léger pertuis, par lequel quelques gouttes de liquide font issue quand on remplit la vessie.

La malade est laissée sans sonde et l'on constate qu'elle perd ses urines, surtout par incontinence et en raison de la destruction partielle du sphincter lisse.

Elle sort le 31 juillet.

OBSERVATION VII

Docteur Marion (*in* Paris et Francey, avec le n° 4).

A..., femme V..., 62 ans, entre, salle Lailler, lit n° 16, le 27 décembre 1912.

La malade a subi, le 10 octobre de la même année, une hystérectomie vaginale pour néoplasme du col utérin. Elle garde une fistule vésico-vaginale post-opératoire pour laquelle elle est opérée, sans succès, par voie vaginale, le 15 novembre.

C'est alors qu'elle vient dans le service; elle perd une bonne partie de ses urines par le vagin. Celui-ci est rétracté, bridé, mais avec une valve étroite on découvre, à sa partie supérieure et médiane, une zone cicatricielle, blanchâtre, indurée et rétractile, au centre de laquelle existe une fistule par laquelle sort l'urine. L'orifice de la fistule est de dimension moyenne.

Il s'agit donc d'une fistule haute, fixe, inabaissable, et on intervient par la vessie.

Opération le 14 janvier 1913. — Incision verticale un peu plus étendue que d'ordinaire, car il s'agit d'une femme grasse. La vessie est ouverte et se laisse facilement déplier avec l'écarteur.

La fistule siège à un centimètre au-dessus de la ligne interurétérale, elle est médiane, grosse comme un porte-

plume et à distance des orifices urétéraux, l'orifice droit est vu nettement, tandis que l'orifice gauche paraît perdu dans une cicatrice blanchâtre, où on ne peut le voir.

Avivement des bords, puis dédoublement facile des deux plans. La collerette vaginale est fermée en bourse au catgut, la collerette vésicale par deux points au catgut. Assèchement, puis fermeture de la vessie en deux plans au catgut. Drain vésical coudé. Sonde à demeure.

Les suites opératoires sont tout à fait normales, la malade reste couchée sur le côté, la sonde et le tube fonctionnent régulièrement, si bien qu'au huitième jour, on enlève les fils et le drain, au seizième jour, la sonde à demeure.

Jusqu'alors, le pansement vaginal était toujours resté un peu humide, sans qu'on puisse affirmer qu'il existait encore un écoulement d'urines par le vagin. Après l'ablation de la sonde et du pansement, cet écoulement sembla devenir plus important et on conclut à un échec opératoire.

Le 15 février, on pratique un examen vésical complet: la vessie est garnie de liquide, mais malgré la distension, l'écoulement vaginal n'augmente pas. On recommence l'expérience avec un liquide teinté de bleu de méthylène; le liquide qui s'écoule est incolore.

On fait une piqûre d'indigo-carmin, puis une cystoscopie et l'on constate en effet que l'orifice urétéral droit donne des éjaculations régulières et bien colorées (après dix minutes), alors que l'orifice gauche est absent et remplacé par une zone sclérosée. Il s'agit donc d'une fistule urétéro-vaginale associée.

Comme le rein droit est parfait, au point de vue fonctionnel, on fait une néphrectomie gauche, le 25 février 1913.

OBSERVATION VIII

Docteur Marion (*in* Paris et Francey, avec le n° 5)

R..., femme G..., 28 ans, entre, salle Lailler, lit n° 2, le 29 mars 1912.

Elle présente tous les signes d'un néoplasme du col utérin, assez étendu au toucher, et remontant cliniquement à cinq mois (métrorragies de plus en plus abondantes avec pertes roussâtres et fétides dans l'intervalle.

Le 5 avril, on lui fait une hystérectomie abdominale totale élargie (Wertheim), en s'aidant de sondes urétérales pour repérer les uretères. Aucun incident opératoire, c'est seulement le quatrième jour après l'intervention que la malade se plaint d'être mouillée; on met une sonde à demeure, qu'on laisse jusqu'à cicatrisation complète.

Le 8 mai, on fait un examen de la vessie. La fistule est petite, puisqu'on peut remplir la vessie de liquide et pratiquer un examen cystoscopique, et l'on peut ainsi constater l'existence d'une cicatrice rétractile et froncée au voisinage de l'orifice urétéral gauche, juste au-dessus et en dedans de lui. Bien qu'on ne voit pas l'orifice fistulaire, il est certain qu'il est caché au fond de cette cicatrice, et on juge prudent d'intervenir par voie haute d'autant que la fistule est haute et qu'on manque de prise sur le col utérin.

Opération transvésicale le 31 mai. — Taille hypogastrique.

Étalement de la vessie avec l'écarteur, on peut aviver et dédoubler les bords de la fistule sans crainte de blesser l'uretère, mais le dédoublement est poussé beaucoup plus du côté interne de la fistule que du côté externe voisin de l'uretère.

Suture du vagin par un point en bourse. Suture de la vessie par trois points séparés, le tout au catgut.

La plaie ne suinte pas, on retire l'écarteur et on ferme la brèche vésicale par deux étages de sutures disposées de chaque côté d'un *drain vésical* coudé. Fermeture de la paroi. Sonde à demeure.

Mais, dès le lendemain, un peu d'urine s'écoule par le vagin, et cet écoulement se reproduit à certains moments, attestant, en raison de sa précocité, que les sutures ont certainement lâché.

Le 19 juin, à l'examen au spéculum, on voit, en effet, que la fistule persiste, bien qu'elle semble un peu plus étroite. La sonde à demeure est maintenue, mais la malade la supporte mal, se plaint de douleurs vésicales, et finalement, quitte le service, le 5 juillet, gardant sa fistulette. Elle n'est pas venue réclamer une nouvelle intervention.

OBSERVATION IX

Docteur Marion (in Paris et Francey, avec le n° 6)

P. L..., 40 ans, ménagère, entre, le 3 juin 1913, salle Lailier.

La malade a été hystérectomisée pour rupture utérine dans un service d'accouchement, trois semaines auparavant. La rupture utérine s'accompagnait de déchirure de la vessie, qui fut suturée par la même occasion.

Mais, quelques jours après, la malade commence à perdre ses urines par le vagin et n'émet plus par miction que quelques gouttes, tous les quarts d'heure environ. L'écoulement d'urine, ainsi que la miction, provoquent des douleurs spontanées assez vives, au niveau de la vulve.

A l'examen, on constate, en effet, l'existence d'ulcérations multiples au niveau de la vulve. Une valve, placée dans le vagin, montre l'existence d'une fistule très large au moment de l'entrée de la malade, où l'on pourrait introduire deux doigts. Mais, avant de prendre aucune détermination, il convient d'attendre la cicatrisation complète de cette plaie et l'on place une sonde à demeure (sonde de Pezzer) qui est laissée en place, tout en la renouvelant, pendant un bon mois.

Les ulcérations vulvaires guérissent. La fistule persiste bien que considérablement réduite.

Opération transvésicale le 8 juillet 1913. — Anesthésie au chloroforme.

On pratique la taille hypogastrique longitudinale; l'écarteur de Legueu est mis en place et on découvre facilement les deux orifices urétéraux, la fistule est très petite et siège au milieu d'une cicatrice linéaire placée longitudinalement entre les deux uretères, un peu plus près de l'orifice droit, la fistule est reconnue et repérée en y passant un stylet.

Puis on pratique le dédoublement des parois vésicale et vaginale au bistouri coudé sur le plat; la paroi vaginale est suturée en bourse au catgut fin, la suture du plan vésical est faite par points séparés.

La cavité vésicale, asséchée et explorée une dernière fois, est ensuite fermée par deux étages de sutures qui laissent, à la partie moyenne de l'incision, un petit espace où l'on passe à frottement un drain coudé.

Suture du plan musculo-aponévrotique et de la plaie aux crins. Sonde de Pezzer à demeure.

Suites. — Les jours suivants, la malade fait un peu de température, le soir, et se plaint bientôt de souffrir des jambes. A l'examen, on reconnaît de l'œdème bilatéral et

la présence d'un léger épanchement articulaire des deux genoux avec douleur le long des trajets veineux, surtout à gauche. Immobilisation.

A part cet incident, les suites sont normales du côté de la plaie; le 16, on enlève les fils et le drain, laissant la sonde à demeure; le 27, on enlève la sonde à demeure.

La malade ne perd plus ses urines et a une miction toutes les deux heures environ.

La malade reste néanmoins dans le service jusqu'au 9 octobre, pour y traiter sa phlébite; elle sort, à ce moment, refusant le massage, et avec une impotence accusée du membre inférieur gauche.

CONCLUSIONS

I. On peut fermer les fistules vésico-vaginales soit par la voie basse (voie vaginale, voie ischio-rectale de Michaux, voie vagino-sacrée de Chaput), soit par la voie haute ou hypogastrique.

II. En dehors de la voie ischio-rectale et vagino-sacrée, dont les indications disparaissent devant les avantages des méthodes nouvelles, la voie vaginale ne présente qu'une supériorité incontestable : celle d'intervenir par les voies naturelles. Mais elle donne de nombreux succès.

III. Trois méthodes permettent d'intervenir par la voie haute ou hypogastrique :

A. La méthode transvésicale sous-péritonéale de Trendelenburg (1891) ;

B. La méthode transpéritonéale de Dittel-Forgue (1904) ;

C. La méthode transpéritonéo-vésicale de Légeu (1913).

IV. De ces trois dernières méthodes, celle de Trendelenburg, qui consiste à fermer la fistule à travers la vessie ouverte par une taille hypogastrique présente, *théoriquement*, le minimum de risques, puisqu'elle évite l'ouverture du péritoine.

V. La voie transvésicale extra-péritonéale présente les avantages suivants dans le traitement des fistules vésico-vaginales obstétricales :

a) Elle permet de reconnaître les rapports de la fistule avec les uretères ;

b) Elle permet d'aviver la fistule, de dédoubler la paroi vésico-vaginale et de suturer, sans risquer de blesser ou de lier le conduit urétéral ;

c) Elle permet, si c'est nécessaire, de réimplanter l'uretère dans la vessie, après fermeture de la brèche vésico-vaginale, ou comme temps préliminaire à celle-ci ;

d) Elle permet un nettoyage soigneux de la vessie et sa mise au repos, lorsque des phénomènes d'infection en posent l'indication ;

e) La technique de l'intervention est remarquablement facile si l'on ouvre largement la vessie en introduisant, dans sa cavité, l'écarteur trivalve de Legueu.

VI. Les principales indications de l'intervention par la taille hypogastrique extra-péritonéale paraissent être les suivantes :

A. Les fistules obstétricales, en particulier celles siégeant sur le trigone, à moins d'un centimètre de l'orifice urétéral (Rochet et Müller) ;

B. Les fistules paracervicales dont un bord adhère au squelette pelvien ;

C. Celles qui s'accompagnent de brides cicatricielles les rendant difficilement accessibles ou abaissables à la vulve ;

D. Celles qui s'accompagnent d'infection vésicale ancienne avec cystite chronique, lithiasse secondaire ou incrustation ;

E. Celles qui ont donné lieu à plusieurs tentatives opératoires infructueuses par le vagin.

VII. Dans les fistules vésico-utéro-vaginales, la voie transpéritonéale de Dittel-Forgue, qui permet de cliver la vessie, du col utérin, est supérieure à la voie transvésicale.

VIII. Enfin, pour les fistules vésico-vaginales d'origine opératoire, consécutives à l'hystérectomie, la méthode transpéritonéo-vésicale du professeur Legueu, qui consiste à inciser verticalement, après laparotomie, la vessie et le vagin, à les séparer et à les suturer isolément en les tapissant de péritoine, présente des avantages considérables et paraît destinée à rallier tous les chirurgiens.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 21 juin 1919.

Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
S. DAUTHEVILLE.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 21 juin 1919.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

TRENDELENBURG. — Ueber blasencheidenfistel operationen und ueber Beckenhochlagerung bei operationen in der Bauchhöhle. Sammlung Klin. Vertr., n° 355, 1890.

— Zur operation der Blasencheidenfistel von der Blase and. Deutch. Med. Woch., 1892, n° 13, 1893, p. 973.

MAC-GILL. — And operation for vesico-vaginale fistula through a supra-pubic open. in the Bladder. The Lancet, vol. II, 1890, p. 2.

ROSENTHAL (Léopold). — An operation for the cure of vesico-vaginal fistula by the section alta with recovery. The american journ. of obs. and diseases of women and children, vol. XXVII, mars 1893.

POUSSON. — De la cystostomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-vaginales et vésico-intestinales. Commu. au VIII^e Congrès fr. de chir., Paris, 10 oct. 1894, et Archives provinciales de chir., t. III, n° 12, déc. 1894.

DOUMERY. — Traitement des fistules vésico-vaginales par voie hypogastrique. Thèse de Montpellier, 1894-95.

DUPLAY. — Trait. de la fist. vésico-vag. par la suture intra-vésicale. Bull. de l'Acad. de médec., 1895, p. 585.

- Discussion sur le trait. des fist. vés.-vag. Bull. et mém. de la Société de chir. de Paris, 1897, n° 3, XVIII, 155-190.
- TEYNAC. — De la cystostomie prélim. appliquée au trait. des fist. vésic.-vag. Thèse de Bordeaux, 1895.
- EMMET. — Incurable vesico-vaginale fistula a new method of treatment by supra-pubic cystostomy. Americ. Journal of Obstetric., mai 1895.
- RICARD. — Comm. faite au Congrès fr. de chir. sur le trait. des fist. vésic.-vag., oct. 1896. Gazette des hôpitaux, p. 1225.
- MARTIN. — Etude sur le trait. des fist. vésico-vag. en particulier sur leur trait. par le procédé du dédoublement. Thèse de Paris, 1897.
- Du trait. chir. des fist. vés.-vag. Indications et tech. des méthodes opératoires. Gazette des hôp., Paris, 1898, p. 567-572.
- Traitement des fist. vés.-vag. Presse médicale, Paris, 1898, p. 196.
- BRAQUEHAYE (J.). — Méthode nouvelle de trait. des fist. vés.-vag. haut situées. Bull. Hôp. civil français de Tunis, 1901, IV, 19-21.
- DELBET (Pierre). — Bull. et mém. de la Société de chir., 13 nov. 1901.
- RAFIN. — Fistule vés.-vag. opérée par la voie transvésicale. Lyon médical, 213, 1903.
- THIERS. — Contribution à l'étude du trait. des fist. vésico-vag. par la voie transvésicale. Thèse de Lyon, 1903-04.
- ROCHET. — Les principaux modes opératoires des diverses catégories de fist. vés.-vaginales. Quelques données de clinique et thérapeutique urinaire, 1906.

FORGUE. — De l'opération transpéritonéale dans le traitement des fistules vésico-vaginales. *Revue de gynéc. et de chir. abd.*, 1906, p. 503.

RICHELOT. — Sur le trait. des fist. vés.-vag. graves. *Soc. méd.*, Paris, 1907.

SURIN. — L'opération des fist. vés.-vag. par la voie transvésicale. Thèse de Lyon, 1908-09.

ROCHET et MULLER. — Fistules vésico-vaginales compliquées de participation urétérale à la fistule. *Ann. des mal. des org. gén. urin.*, n° 12, 1910, p. 1057.

SEGOND. — *Bull. et mém. Soc. de chir.*, 1910, p. 912.

MARION. — *Bull. et mém. Soc. chir.*, 7 février 1912, p. 199.

CHEVASSU. — *Bull. et mém. Soc. chir.*, 31 janv. 1912, p. 183.

GOURVITCH. — La chirurgie vésicale des fistules vésico-vaginales. Thèse de Paris, 1912.

FRANCEY. — Thèse de Paris, 1914.

— et PARIS. — *Journal d'urologie*, mars 1914.

FORGUE et MASSABUAU. — *Gynécologie. Traité de Le Dentu et Pierre Delbet*, t. XXXIV, 1916, p. 126.

LEGUEU. — *Bull. et mém. Société de chirurgie de Paris*, 29 janvier 1919 (Discussion).

— La voie transpéritonéo-vésicale pour la cure de certaines fistules vésico-vaginales opératoires. *Archives urologiques de la clinique de Necker*, fasc. I, juin 1913.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
